FACULTATEA DE MEDICINĂ DIN BUCUREȘTI

No. 1860

RADIODIAGNOSTICUL TUBERCULOZEI PULMONARE

TEZĂ

PENTRU

DOCTORAT IN MEDICINĂ ȘI CHIRURGIE

PREZENTATĂ ȘI SUSȚINUTĂ IN ZIUA DE

26 Iunie 1922

DE

DIMITRIU I. ACHILE

ABSOLVENT AL FACULTĂȚEI DE MEDICINĂ DIN BUCUREȘTI

BUCUREȘTI

Tipografia „România Nouă“ Th. Voinea, Griviței 41

1922

FACULTATEA DE MEDICINĂ DIN BUCUREŞTI

No. 1860

RADIODIAGNOSTICUL TUBERCULOZEI PULMONARE

TEZĂ

PENTRU

DOCTORAT IN MEDICINĂ ŞI CHIRURGIE

PREZENTATĂ ŞI SUSŢINUTĂ IN ZIUA DE

26 Iunie 1922

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

DE

DIMITRIU I. ACHILE

ABSOLVENT AL FACULTĂŢEI DE MEDICINĂ DIN BUCUREŞTI

INSTITUTUL MEDICO FARMACEUTIC
BUCUREŞTI
BIBLIOTECA CENTRALĂ
Invent. Nr. 725-247

BUCUREŞTI
Tipografia „România Nouă“ Th. Voinea, Griviţei 41
1922

FACULTATEA DE MEDICINĂ DIN BUCUREȘTI

Decan : D-nul Prof. Dr. Ionescu Thoma

Profesori titulari :

Clinica II-a chirurgicală	D-l Dr.	Angelescu C.
Chimia medicală	„ „	Athanasescu N.
Clinica chirurgicală infantilă și ortopedie	„ „	Bălăcescu I.
Anatomia patologică Bacteriologia și patologia experimentală	„ „	Babeș V.
Medicina experimentală	„ „	Cantacuzino I.
Clinica ginecologică	„ „	Daniel C.
Clinica a II-a medicală	„ „	Danielopol D.
Anatomia topografică II	„ „	Gerota D.
Farmacia chimică și galenică	„ „	Georgescu M.
Clinica și teoria obstretricală	„ „	Gheorghiu N.
Clinica I chirurgicală Anatomia topografică I	„ „	Ionescu Th.
Clinica III-a medicală	„ „	Ionescu D.
Clinica III-a chirurgicală	„ „	Juvara E.
Clinica boalelor căilor urinare	„ „	Jianu A.
Farmacologia și materia medicală	„ „	Lalu S.
Clinica boalelor oto-rino-laringologice	„ „	Mețianu N.
Clinica boalelor nervoase	„ „	Marinescu Gh.
Chimia analitică	„ „	Minovici Șt.
Clinica infantilă	„ „	Manicatide M.
Igiena și poliția sanitară	„ „	Mezincescu D.
Medicina legală	„ „	Minovici M.
Oftalmologia și clinica oftalmologică	„ „	Manolescu D.
Clinica I-a medicală	„ „	Nanu-Muscel I.
Clinica dermatologică si sifiligrafică	„ „	Nicolau St.
Clinica mentală	„ „	Obreja Al.
Fiziologia umană	„ „	Paulescu N.
Patologia generală	„ „	Proca Gh.
Anatomia descriptivă și embriologia	„ „	Rainer Fr.
Zoologia medicală	„ „	Sihleanu Șt.
Botanica medicală	„ „	Solacolu T.
Patologia medicală	„ „	Thomescu I. Th.
Terapeutica experimentală	„ „	Theohari A.
Analiza alimentelor și băuturilor	„ „	Vintilescu I.

PROFESORI AGREGAȚI:

Istologia normală și Istogeneza	D-l Dr.	Besnea St.
Medicină operatoare	„ „	Constantinescu C.

Juriul de Promoțiune

Președinte : **D-l Profesor Dr. Theohari A.**

Membrii : **D-l Profesor Dr. Jianu A.**
„ Conferențiar Dr. Severeanu G.

Suplinitor : **„ Docent Dr. Bălțăceanu Gh.**

Facultatea consideră opiniunile expuse în această lucrare ca proprii ale autorului și nu are a exprima, nici o aprobare, nici desaprobare.

INTRODUCERE

Subiectul pe care l'am ales pentru a-l trata în lucrarea de față, este *„Radiodiagnosticul tuberculozei pulmonare"*.

După cum știm, tuberculoza, în special cea pulmonară, face ravagii îngrozitoare, mai ales astăzi, în urma războiului mondial, când condițiunile de trai s'au îngreuiat peste măsură, iar lupta pentru existență consumă ultima energie a omului. Lipsa de alimentație suficientă, de odihnă și sbuciumările de tot felul, slăbesc rezistența organismului și-l fac apt pentru tuberculoză.

Mintea omenească s'a străduit totdeauna, și a căutat să găsească mijloace de apărare în contra inamicului nevăzut, — boala, — și știința a căutat tot felul de procedee pentru a o descoperi cât mai la începutul ei, de a o combate și a evita complicațiunile pe care eventual le-ar putea da.

Contra acestui flagel al omenirei întregi, știința a putut în parte să găsească și să utilizeze procedee multiple pentru un diagnostic cât mai precoce, căci cu cât tuberculoza este tratată în frazele ei cele mai incipiente, cu atât șansele de vindecare sunt mai mari, — prin cele două procedee *al transformației fibroase* și *al calcificărei*, — fapte certe, susținute și

întărite zilnic prin numeroase dări de seamă şi statistici.

Voi da mai jos un tablou statistic reprezentând o dare de seamă a *Sanatoriilor staţiunei climaterice din Leysin*, asupra mersului bolnavilor de tuberculoză pulmonară în diferite grade pe anul 1920—1921, şi din care reese că numărul bolnavilor de primul grad, vindecaţi, se ridică până la 92,2%.

Grade	Vindecaţi	%	Ameliorati	%	Staţionari	%	Agravaţi	%	Morţi	%	Totaluri
I	70	92,2	2	2,6	4	5,2	—	—	—	—	76
II	23	18,6	82	66	16	13	2	1,6	1	0,8	124
III	2	1,9	48	44,9	17	15,9	29	27	11	1,3	107
Total	95	31	132	43	37	12	31	10	12	4	307

Cu începere din 1895 când fu adusă la cunoştiinţă de către Röntgen existenţa unei noui energii pe care ştiinţa să o utilizeze, se puse baza a două noui mijloace de investigaţie: *radioscopia şi radiografia.*

Astăzi, cu mijloacele de care dispunem: clinice, de laborator şi radiologice, supleându-se şi verificându-se unele pe altele, o putem descoperi în fazele ei incifiente, putem urmări diferitele faze ale evoluţiei şi putem găsi în ele multe indicaţiuni therapeutice necesare la un moment dat.

Cu o technică cât mai perfecţionată şi ţinând totdeauna seama de indicaţiunea razei, normale, radiologia nu poate greşi.

Broca, într'o şedinţă a Societăţei de chirurgie, a spus că *„acel care ştie să combine unghiurile de incidenţă ale razelor, poate citi orice vrea pe o radiografie"*.

După *Weil*, această afirmaţiune este o idee eronată căci *„nu există nici odată eroare de radiografie, ci aproape totdeauna greşeli de interpretare"*. Greşeala

conzistă în aceea că clişeul este rău făcut iar umbrele nu sunt destul de clare.

In asemenea caz nu trebue să dăm nici o importanţă unei astfel de probe, ci din contră, să căutăm să facem din nou examenul radiologici

Radiologul nu caută nici odată să combine incidenţa razelor, ci totdeauna se foloseşte cu ajutorul diafragmului mobil cât mai mult posibil de fasciculul central al radiaţiunilor care sunt paralele între ele, iar imaginea proiectată nu este nici mărită nici micşorată.

Un lucru însă trebue stabilit dela început, anume că este deosebire între radioscopie şi radiografie.

Radioscopia este supusă uneori la greşeli din cauza acuităţei vizuale care variază dela individ la individ şi dintr'un moment în altul, din cauza trecerilor brusce ale operatorului dela lumină la întuneric, din cauza obosirei nervului optic, etc.

Radiografia, însă, făcută în condiţiuni bune, dă rezultatele cele mai precise fixând cele mai mici amănunte.

Astfel Ameuille, într'un articol întitulat *„Les défaillances de l'auscultation pulmonaire"* (Presse médicale No. 20 din 1922), spune şi stabileşte că percuţia şi ascultaţia pulmonară sunt supuse următoarelor legi.

a) Legea volumului minim.

b) Legea profunziunei maximă.

c) Legea transmisiunei homo-laterală şi contra-laterală.

d) Legea coeficientului personal în ascultaţie.

Relativ la legea volumului minim el citează cazul unuia din bolnavii săi „Arn...., care a prezentat timp de ani de zile la vârful drept sub claviculă, — ra„luri buloase discrete dar nete. Multă vreme ima„ginea sa toracică a apărut normală pe ecranul ra„dioscopic, şi s'a avut mare bătae de cap pentru a „decela *graţie unei radiografii îngrijită,* o cavernulă

„de volumul unui bob de mazăre, care nu s'a modi-„ficat nici odată de atunci încoace, dând totuşi încă „raluri şi o expectoraţie bacilifera.

In ceeace priveşte legea profunziunei maximă, el spune că leziunile centrale, cum ar fi cele de gangrenă pulmonară, *caverne pulmonare*, nuclei canceroşi, etc., — rămân totdeauna sub tăcere dacă ele nu se desvoltă spre periferia pulmonului după un oarecare timp.

In cazul acesta leziunile nu pot fi decelabile de cât prin *radiologie*.

Pentru legea transmisiunei homo-laterală, el citează 3 cazuri:

In primul caz (Dum...) prin radiografie se constată că leziunea ocupă jumătatea lobului superior care vine în contact cu scizura interlobară şi cu toate acestea semnele de ascultaţie sunt percepute numai în fosa supra-spinoasă — la nivelul vârfului pulmonar care este cu toate acestea intact.

In al doilea caz (Walt..,) *radiologia* arată existenţa unei caverne bine izolată, la partea mijlocie a hemitoracelui drept, iar semnele fizicei se percepeau în două focare distincte, unul la înălţimea spinei omoplatului, altul foarte aproape de baza pulmonară.

In al treilea caz (Poir...) se constată prin *radiologie* două mici caverne situate în plin parenchim pulmonar sănătos, pe o linie care pleacă de la hil spre extremitatea externă a claviculei drepte. Se percep craquements umede în toată înălţimea hemi-toracelui, cu toate că leziunea era exclusiv limitată în punctul indicat.

Pentru transmisiunea contra-laterală citează cazul bolnavei Hez... pe care l'a comunicat lui Duval-Arnould („De la transmission des bruits pulmonaires du côté malade au côté sain". Teză, Paris 28 Iunie 1921). (Este vorba de o tânără femee care prezenta semne cavitare la ascultaţie în ambele fose supra-spinoase .*Radiologia* a arătat că numai lo-

bul superior drept era atins. Pneumotoraxul artificial creiat de partea bolnavă, — după o compresiune suficientă, — făcu să dispară complect şi de partea bolnavă şi de partea sănătoasă semnele cavitare percepute prin ascultaţie.

* * *

In lucrarea de faţă voi căutà să fac o clasificaţie radiologică a tuberculozei pulmonare bazat pe caracterul ei evolutiv şi pe consideraţiuni anatomo-patologice, din care cauză voi inzista foarte puţin şi asupra anatomiei pathologice macroscopică a tuberculozei pulmonare la capitolele respective.

Voi scoate din cadrul acestei clasificaţii tuberculoza pulmonară în faza de debut, aşezând-o, într'un capitol aparte, din cauza importanţei prea mare pe care o prezintă această formă din punct de vedere al prea frumoaselor rezultate therapeutice pe care le dă tratamentul ei la timp.

ISTORIC

Primul care a descoperit şi a pus în aplicare razele *X*, este *Wilhelm Röntgen*, proefsor de fizică la Universitatea din Würtzbourg.

Origina lor însă, este ceva mai veche.

Prin secolul 18, un abate anume *Nollet*, producea cu ajutorul unei maşini electrice o serie de descărcări, care trecând printr'un vas de sticlă de forma unui ou, a cărui atmosferă interioară o rarefia cu o maşină pneumatică, se transformau dintr'o scântee vie, puternică şi strălucitoare, în alta plăcută, slabă şi de diferite nuanţe după intensitatea descărcărilor.

In secolul următor, aceste experienţe fură reluate, dar oul electric al lui Nollet fu înlocuit cu ampula lui Geissler şi în urmă cu ampula lui Crookes.

Prin 1868, *Hittorf* observă că dacă în interiorul ampulei se face oarecare vid, catodul devine sediul unei emisiuni radiante, — iar Crookes bazându-se pe faptul că magnetul deviază aceste radiaţiuni catodice, le consideră încărcate cu eleçtricitate care lovindu-se de pereţii de sticlă ai ampulei produc diferite fenomene luminoase, calorifice şi mecanice.

Dela aceste radiaţiuni catodice ale lui Crookes şi până la razele X, nu mai rămâne decât un singur pas.

In 1895, Röntgen, observă din întâmplare, că producând descărcări electrice într'o ampulă a lui Crookes, închisă într'un înveliş de carton negru, iar aerul din interiorul ampulei rarefiat până la a milioana parte din o atmosferă, observă că nişte cristale de platino-cianură de bariu, care întâmplător se găseau în apropiere, deveneau foarte luminoase în timpul acestor descărcări! — şi-şi menţineau lumina

chiar interpunând diferite obstacole între ampulă și cristale.

Interpunând mâna sa între ampulă și un ecran cu platino-cianură de bariu, el văzù desemnându-i-se mâna în mijlocul ecranului, scheletul reprezentat prin o umbră foarte închisă, iar în afara lui umbre ușoare reprezentând părțile moi ale mâinei.

In felul acesta luă ființă *radioscopia*.

Oudin și Barthélemy înlocuind ecranul cu o placă fotografică, luă naștere *radiografia*.

In toate părțile fură reluate aceste experiențe și porniră noui cercetări.

In 1896, *Oudin* și *Barthélemy* prezentară la Academia de științe prima radiografie a oaselor mânei.

Radiografia începe să câștige din ce în ce teren, și odată cu ameliorarea instrumentelor și perfecționarea technicei, capătă avânt și radioscopia.

Prima radioscopie a toracelui fu făcută tot în acelaș an de către Oudin și Barthélemy, — iar *Bouchard* văzu pentru prima dată pe ecranul fluorescent, leziuni vechi de tuberculoză vindecată și fu primul care arătă posibilitatea de a vedea pe ecran pulmonele pulmonare.

El făcu trei comunicări Academiei de stiințe, prima întitulată *„Pleurezia omului studiată cu ajutorul razelor lui Röntgen;* a doua *„Razele Rontgen aplicate la diagnosticul tuberculozei pulmonare”;* și a treia *„Noui date asupra aplicațiunei radioscopiei la diagnosticul maladiilor toracelui”* și în care comunicări recunoaște că, în mai multe rânduri radioscopia a revelat aceea ce celelalte mijloace de investigație fizică trecuseră cu vederea și nu revelau nici chiar examenelor fizice ulterioare.

In acest timp contribuțiuni întinse aduseră, în Franța: Fernet, Potain, Béclère, Milian, Garrigou, Kelsch, Mignon, Chicotot, Claude, Guilleminot, etc.; în Germania: Levy-Dorn, Loewenthal, Grünmach, Bénédikt, Hoffmann, Rumpf; în America: Williams,

Tracy, Jones; în Anglia: Thomson, Stubbert; în Italia: Maragliano.

In 1897 *Francis Williams* comunică la congresul medicilor americani:

„Despre razele Röntgen în maladiile toracice" iar Maragliano face o comunicare în acelaș sens congresului din Neapole.

Mignon face o teză inaugurală: *„Studiu anatomo clinic al aparatului respirator și al anexelor sale prin razele Röntgen"*.

Cu ocazia celui de al 4 congres pentru studiul tuberculozei (Paris 1898) fură făcute o mulțime de comunicări cu subiect radiologic, dintre care cea mai importantă, — o lucrare a lui Bouchard sub formă de raport întitulată: *„Razele Röntgen și diagnosticul tuberculozei"*.

Observându-se, însă, că mulți din bolnavii examinați, mai ales acei a căror ședință de examinare se prelungea prea mult, prezentau pe regiunile iradiate reacțiuni epidermice și chiar dermice, mergând dela simple depilațiuni până la adevărate reacțiuni inflamatorii sau chiar escare profunde, — luă naștere ideea de a întrebuința razele X în scop therapeutic.

Primii care încercară să utilizeze aceste raze în acest scop, fură doi vienezi *Schiff* și *Freund*, dar tocmai în 1900, *Sträter, Kienböck, Oudin* și *Scholtz*, consfințiră definitiv acțiunea lor therapeutică, iar în 1902 când *cantitometrul lui Sabouraud și Noiré* înlocui pe cele vechi ale lui Holzknecht și Benoist cu ajutorul căruia se apreciază foarte ușor puterea de penetrație a razelor, radiotherapia intră în domeniul științific.

De atunci încoace, știința radiologică a progresat din zi în zi, și-a lărgit treptat domeniile de investigație, iar astăzi toate spitalele mai mari sunt înzestrate cu câte un laborator de radiografie.

Clasificaţia radiologică a tuberculozei pulmonare

S'au încercat şi s'au făcut în radiologie multe clasificaţiuni în tuberculoza pulmonară, autorii bazaţi pe diferite consideraţiuni clinice, anatomo-patologice, anatomo-topografice, pe caracterul evolutiv al maladiei, — pentru a sistematiza leziunile după o normă oarecare şi a alcătuì tipuri cât mai distincte din care să poată trage diferite concluziuni, fie din punct de vedere simptomatologic, fie din punct de vedere al pronosticului, fie din punct de vedere therapeutic.

Aşa *Nicole* şi *Aschoff* fac o clasificaţie clinică şi anatomo-pathologică, bazându-se pe alteraţiunile care pornesc din acinii unui lobul, considerând acinul ca punct de plecare al infecţiunei bacilare.

Gehrhardt bazat pe consideraţiuni anatomo-pathologice, face o clasificaţie clinico-radiologică.

Grau face o clasificaţie din punct de vedere al topografiei distribuţiei leziunilor.

Büttner şşi *Wobst* se bazează pe clasificaţia anatomo-pathologică a lui Albrecht.

Krause o face din punctd de vedere clinic, iar majoritatea celorlalţi autori bazaţi numai pe caracterul evolutiv al maladiei.

In lucrarea de faţă, bazându-ne pe diferitele clasificaţiuni suscitate, — pentru o uşurare a interpretărei radiologice a leziunilor tuberculoase, putem face o clasificaţie radiologică din punct de vedere anatomo-pathologic şi al evoluţiei leziunilor, împărţind tuberculoza pulmonară în 5 forme:

1). Forma fibroasă (ciroasă).
2). Forma nodulară (peri-bronchică).
3). Forma exudativă (broncho-pneumonică).
4). Forma retractilă.
5). Forma canaliculară (a lui Ranke).

In afară de acestea, voi căutà a deschide această clasificaţie, după cum am anunţat în introducere, prin studiul tuberculozei pulmonare în faza de debut, din cauza importanţei pe care o prezintă din punct de vedere al diagnosticului cât mai precoce, :— importanţa celorlalte forme constând nu atât în a diagnostica, cât în a preciza topografia şi întinderea leziunilor, în a urmări evoluţia lor şi a trage concluziuni therapeutice, — şi o voi încheea cu studiul tuberculozei vindecate.

Tuberculoza pulmonară în faza de debut.

Forme de tuberculoză pulmonară cea mai susceptibilă de vindecare este tuberculoza zisă abortivă (a lui Bard), în care leziunea e de obicei limitată şi foarte adeseori latentă, — în faza de conglomeraţie şi germinaţie a tuberculilor, în care cu o cură de altitudine, un regim dietetico-higienic şi un tratament medicamentos apropriat, obţinem cele mai frumoase rezultate, leziunile bacilare fiind susceptibile de vindecare.

In această perioadă de debut trebue să descoperim tuberculoza şi clinica cu laboratorul şi radiologia sporesc şansele de a o diagnostica într'o fază cât mai la începutul ei.

In fazele cu totul incipiente, infiltraţiile care din cauză că sunt prea puţin întinse şi care nici prin percuţie şi nici prin ascultaţie nu pot fi decelate, nu dau nici din punct de vedere radiologic rezultate sigure. Adesea însă, prin o technică îngrijită şi examene repetate, se pot observà prin radiografie.

Când însă percuţia nu dă nici o modificare, dar

constatăm prin ascultaţie modificări respiratorii mai intense, radiografia dă rezultate cât se poate de precise (Krause).

Leziunile incipiente trebueşc căutate, la adult în special ,la vârful pulmonului, — căci legea lui Chauvet nu se poate aplica de cât la adulţi şi la copii mari.

Examenul radioscopic ne arată:

1) Obscuritate relativă, difuză, a imaginei vârfului pulmonar.

După Fränkel această obscuritate nu are valoare clinică mai mare decât uşoarele modificări respiratorii.

Această diminuare de transparenţă a imaginei vârfului pulmonar, e datorită unei diminuări a cantităţei de aer din cauza condensărei parenchimului pulmonar, şi nu trebue interpretată ca un simptom suspect de tuberculoză incipientă, ci trebue făcută o placă radiografică pentru a obţine rezultate indubitabile (Paul Krause).

Când obscuritatea vârfului e mai intensă, e datorită în unele cazuri şi faptului că în afară de masele de tuberculi conglomeraţi mai există sau o congestie a vârfului, sau o îngroşare pleurală sau o uşoară scleroză reacţională concomitentă.

Claude dă o deosebită importanţă în aprecierea leziunilor uşoare ale vârfului, — întreruperei umbrei claviculare, care se detaşează în negru numai pe o porţiune din întinderea sa.

2). Pe ecranul fluorescent, vârful pulmonar păstrează aceiaşi obscuritate atât în timpul tusei cât şi al inspiraţiilor profunde, — restul pulmonului mărindu-şi transparenţa (semnul lui *Orton).* In stare normală, în timpul tusei mai ales, vârful se luminează mai mult chiar de cât restul pulmonului (semnul lui *Rist* şi *Kreuzfuchs).*

Maingot făcând studii minuţioase asupra acestui semn, remarca în foarte multe cazuri, că în timpul

tusei apar în imaginea radiografică, în sincronism cu fenomenele de luminare a vârfului, — pete uşor estompate, mobile sau fixe, dispărând în acelaş timp cu ilu'minarea, care când sunt mici şi confluente dau vârfului un *aspect granitat*, iar când sunt mai mari, un *aspect nouros*.

El dă ca sediu de elecţiune al acestor umbre, al 3-a şi al 4-a spaţiu intercostal, între arcul anterior al primei coaste şi coloana vertebrală, iar suprafaţa lor variază în jurul unei urme lăsată de vârful degetului.

3). Umbrele hilului sunt modificate, devin mai opace şi mai puţin omogene decât în stare normală. Se prezintă pe ecran sub forma unei umbre difuză, de formă triunghiulară cu vârful îndreptat în afară spre periferia pulmonului. Această umbră descrisă deStuke, apoi de Méry şi Détré, e datorită după Sturtz şi Jordan leziunilor de tuberculoză peri-bronchică. Maingot susţine că în faza de debut a tuberculozei pulmonare, când leziunile sunt încă incipiente, dintre toate umbrele bronchice şi peri-bronchice, cea mai vizibilă în majoritatea cazurilor, este aceea a bronchiei dreaptă inferioară şi excepţional aceea a bronchiei stângă superioară.

4) La copii foarte des (Péhu) şi la adulţi mai rar, tuberculoza debutează la nivelul unei scizùri interlobare — în general cea superioară, — dând la examenul radioscopic o bandă obscură destul de opacă care tae hemitoracele transversal în toată lărgimea sa.

5). Diminuare de amplitudine a escursiei diafragmatice de partea bolnavă în timpul inspiraţiei (semnul lui *Williams*), iar când acest semn coexistă cu o obscuritate a vârfului corespunzător, capătă o foarte mare valoare clinică. In inspiraţie cursa diafragmatică e mai scurtă de partea bolnavă din cauza micşorărei elasticităţei pulmonare şi după alţii din cauza inhibiţiei a pneumogastricului.

6). Diformație în formă de feston a diafragmului în timpul inspirației de partea bolnavă (semnul lui *Maingot)* care pare a fi fixat prin 2 sau 3 bride, de obicei una spre treimea internă și alta în vecinătatea sinusului costodiafragmatic, — din cauza unei reacțiuni pleurale urmată de aderențe. Cu o technică îngrijită se pot observa dâre de umbre fine care plecând dela hil iradiază spre diafragm, fiecare dâră mergând la unul din festoane.

Toate aceste semne se pot întâlni separate sau combinate între ele și se pot găsi atât într'o tuberculoză în faza de debut în plină evoluție, cât și în tuberculoza incipientă care s'a terminat prin vindecare.

Tuberculoza pulmonară formă retractilă.

In această formă, tuberculoza, este caracterizată prin noduli mai mici și mai mari, în diferite faze a evoluției lor, diseminați în toată masa pulmonilor sau sistematizați și grupați după forma clinică pe care tuberculoza o afectează.

A. *Tuberculoza nodulară cu noduli mici.*

Această sub-diviziune e reprezentată în primul rând prin phtizia acută granulică sau tuberculoza miliară acută sau granulia lui Empis, formă acută și generalizată a tuberculozei, caracterizată prin erupția de granulațiuni cenușii miliare în pulmoni și aproape totalitatea organelor, infecțiunea propagându-se pe cale sanguină.

Aici examenul radioscopic nu ne este de prea mare folos și trebue să recurgem la radiografia instantanee (o fracțiune de secundă), fixând astfel cele mai mici amănunte.

Placa reprezintă câmpurile pulmonare ușor voalate în toată întinderea lor, cu un aspect fin și ușor pătat, presărat cu pete mici miliare, rotunzite, de

dimensiuni şi claritate neegală, împrăştiate în toată întinderea imaginilor pulmonare. Umbrele hilare sunt accentuate.

Gehrhardt a găsit primii noduli miliari.

Imagine identică se poate observà şi în *tuberculii peri-bronchici sub--miliari* şi în *tuberculoza diseminată a bătrânilor.*

Această formă cazeifică foarte rar şi se prezintă sub trei forme:

a). Forma cronică fibroasă cu predominenţă în lobul superior.

b). Forma peri-bronchică cu noduli de--alungul bronchiilor mari.

c). Tuberculoza bătrânilor cu noduli ceva mai mari.

B) Tuberculoza nodulară cu noduli mari

Această formă de tuberculoză pulmonară, provine din confluarea focarelor mai mici.

In perioada sa incipientă, i-am văzut aspectul său radiologic la capitolul tuberculozei în faza de debut pe care am studiat-o ceva mai sus.

Când maladia îşi urmează evoluţia, tuberculii care până aici se găseau în stare de cruditate, suferă degenerescenţa cazeoasă dela centru la periferie şi se ramolesc. Procesul de ramolire se extinde, tuberculii vecini confluiază în grupuri (evoluţia lor făcându-se prin focare), şi în urma acestor procese ulcerative se produc perderi de substanţă, dând loc la formare de caverne.

In majoritatea cazurilor, această formă prezintă o evoluţie cronică.

Când tuberculii încep a suferi degenerescenţa cazeoasă, examenul radioscopic ne arată o diminuare generalizată a transparenţei pulmonare, repartizată foarte inegal, sub formă de umbre diseminate mai ales în regiunea vârfului şi a hilului, de dimensiuni inegale, unele mai închise, altele mai deschise, care

nu sunt delimitate prin contururi precise, ci se degradează la periferia lor dând pulmonului un *aspect pomelat*, cu *marmorațiuni*, fără formațiune de cordoane.

Acest aspect pomelat, poate fi modificat uneori prin complicațiunile care ar puteà survenì: puseùri congestive, focare de pneumonie sau broncho-pneumonie, pleurezii, etc.

Când însă focarele de tuberculi ramoliți își golesc conținutul și uberculoza trece în perioada de caverne, aspectul radioscopic se prezintă cu imagini caracteristice.

In această fază aproape totdeauna se constată umbre anormale de ambele părți.

Pomelurile devin mai numeroase și câștigă lobii inferiori. Umbrele care erau disemînate, se reunesc încetul cu încetul și fuzionează cù ùmbra mărită a hilului, închizându-se de coloare.

Odată cu formarea de caverne, apar în câmpul pulmonar pete clare mai mult sau mai puțin rotùnzite, luminate viu, situate pe un fond închis de coloare și limitate de un cerc opac care desemnează conturul lor și care în afara cavernei se pierde pe nesimțite cu zona întunecată înconjurătoare. Acest cerc corespunde travaliului de scleroză și condensare care se face în jurul cavității.

In timpul tusei cavernele se micșorează de dimensiuni, iar cercul care le delimitează se plisează.

Acest inel caracteristic permite de a nu confunda cavernele cu o porțiune de țesut sănătos perzistând în mijlocul unei zone de infiltrație.

Bine înțeles, când caverna este plină cu puroi, aspectul radioscopic schimbă imaginea, caverna apărând ca o umbră opacă uniformă, iar când este pe jumătate plină, se vede ca o umbră clară suprapusă peste alta opacă, cele 2 zone separate prin o linie dreaptă și mobilă.

Pe lângă cavernele de mai sus descrise de Bou-

chard, sunt altele care deşi decelabile la ascultaţie rămân invizibile razelor Röntgen din diferite cauze: *micimea taliei cavernelor,* neputând conţine aer suficient în interiorul lor pentru a da o imagine clară pe ecran; *situaţia cavernelor în profunziuni prea mari; structura parenchimului pulmonar* în mijlocul căruia caverna e scobită, imaginea ei fiind imperceptibilă pe ecran din cauza ţesutului înconjurător prea hepatizat sau cazeificat.

Mentoux şi *Maingot* le-au studiat cu multă amănuntime şi au observat că pe un fond de coloare închisă mai mult sau mai puţin întins, se zăresc linii întunecate, desemnând o serie de cercuri incomplecte, care se întretae între ele circumscriind spaţii mai clare, dând aspectul unui *miez de pâine.* In timpul tusei, aspectul în „miez de pâine" este susceptibil de deplasare în masă şi de a-şi schimba configuraţia în liniile sale mari.

Alteori imaginea e foarte mult modificată. Spaţiile clare de mai sus au cam aceleaşi dimensiuni, arătând ceva mai mici ca un centimetru patrat suprafaţă, nu prea numeroase, proiectate pe un fond cenuşiu şi dând aspectul unui *fagure de miere* care se observă mai ales în jumătatea superioară a câmpului pulmonar.

Tuberculoza ciroasă (fibroasă).

Tuberculoza pulmonară în foarte multe cazuri, afectează o formă cronică, a cărei evoluţie poate dură ani de zile, însoţită fiind de o stare generală relativ destul de bună, cu febră prea mică sau nulă, dispnee moderată sau absentă, ne manifestându-se cele mai adeseori de cât prin uşoară tuse cu sau fără expectoraţie.

E foarte frequentă la bătrâni mai ales, afectând o formă particulară care dă adeseori greşeli de diag-

nostic *(Hirtz)*, atari bolnavi fiind consideraţi ca emphysematoşi sau astmatici.

Geeraerd pretinde că această formă se întâlneşte foarte frequent la femei.

Această formă de tuberculoză e favorizată în multe cazuri de artritism, caracterizându-se prin aceea că leziunea fibroasă a pulmonului, închisă, nu evoluiază spre producerea de substanţă cazeoasă, — răspândeşte însă în organism toxine febrigene din a căror cauză organismul rămâne vreme îndelungată slăbit şi debilitat.

Aceste leziuni duc la închistare şi scleroză repartizată în diferite modalităţi: forma fibroasă prin scleroză densă; scleroze cicatriciale aproape complecte; formă fibroasă difuză cu bronchită şi emphysem.

Radiologiceşte, această formă e caracterizată printr'un torace retractat, deplasarea părţilor moi către partea bolnavă, strâmtoarea spaţiilor intercostale — coastele apropiindu-se unele de altele, — mărirea oblicităţei coastelor în jos şi în afară, umbre puţin compacte, disemînate în câmpul pulmonar cu nuanţe diferite, desemn intensiv al hilului, diafragm festonat, emphysem compensator de partea sănătoasă formaţiune de cordoane care merg până la hil, — interpretate de *Rieder* şi *Sturtz* ca o stază lymfatică peri-bronchică, explicaţie, care după Cohn este cu totul neprobabilă.

Vârfurile pulmonare măsurate orthodiagraficeşte, sunt retractate, mici ascuţite şi abia depăşesc rebordul claviculär.

Sergent spune că vârfurile pulmonare cu aspectul turtit, rotunzit sau ascuţit, denotă adesea o tuberculoză veche însoţită de pleurită apicală.

Când leziunile sunt mai vechi, umbra cardiacă măriti denotă dilatarea cordului drept din cauza jenei în circulaţia pulmonară.

Aceşti bolnavi sfârşesc nu ca tuberculoşi, ci aproape totdeauna prin asystolie sau o maladie recurentă.

Tuberculoza exudativă (broncho-pneumonică).

In majoritatea cazurilor, tuberculoza exudativă prezintă o evoluţie rapidă care duce la sfârşit fatal de la câtevà săptămâni până la câteva luni.

Aici leziunile sunt caracterizate prin o desvoltare rapidă de focare cazeoase, neramolite, variind între volumul unui bob de mazăre şi al unei cireşi, (forma broncho-pneumonică), sau infecţiunea bacilară infiltrează ţesuturile pe întindere mare, formând o vastă masă cazeoasă cu aspect mai mult sau mai puţin omogen (forma pneumonică).

Elementul caracteristic al acestei forme este apariţia de exudat în alveolă, din care cauză Aschoff i-a dat numele de tuberculoză exudativă.

Formele exudative sunt însoţite de febră ridicată şi neregulată, cu stare generală gravă, iar evoluţia lor este atât de rapidă încât bolnavii de cele mai multe ori nu au timp pentru a fi internaţi în sanatorii. *Bournaud* spune că n'a întâlnit în sanatoriile pe care le conduce de cât două cazuri de tuberculoză pneumonică la 2049 de phtizici.

La examenul radioscopic, imaginea câmpului pulmonar prezintă o obscuritate sub formă de pete intense care confluiază în mai multe focare.

Tuberculii grupaţi în conglomerate peri-bronchice lobulare, infiltrează parenchimul pulmonar învecinător apărând exudat în afara lobului (tuberculoză broncho-pneumonică).

Când însă tuberculoza afectează forma zisă pneumonică, imaginea radioscopică prezintă un aspect omogen, caracterizându-se prin aceea că în orice stadiu al evoluţiei prezintă o spacifiere completă, uniformă, a mari suprafeţe din câmpul pulmonar, fără retracţiune şi în care nu se poate observà nici un detaliu.

Alte-ori focarul pneumonic apare pe ecran sub

forma unei pete foarte opace de formă triunghiulară cu vârful spre hil, iar baza spre periferia pulmonului, având foarte mare analogie cu triunghiul lui Mouriquand descris de el şi de Weil în pneumonia infantilă.

Ziegler şi *Krause* au cercetat în mod experimental intensitatea umbrelor pe care le dă tuberculii, substanţele cazeoase şi ţesutul conjunctiv, şi au găsit că substanţele cazeoase dau umbrele cele mai intensive.

Czerdeiros susţine însă că uneori cazeificarea nu dă umbre.

Tuberculoza pulmonară formă retractilă.

Forma retractilă a tuberculozei pulmonare, nu este de cât o tuberculoză fibroasă cronică, în care procesul de închistare a leziunilor este foarte exagerat devenind prin aceasta o adevărată complicaţiune, anume „scleroza pulmonară", în care ţesutul conjunctiv care înconjură şi închistează nodulii tuberculoşi, suferă un proces de reacţiune conjunctivă mai mult sau mai puţin generalizată. Parenchimul pulmonar se densifică şi apar cordoane conjunctive care se îngroaşe treptat, suferind în acelaş timp un proces de retracţiune care se întinde şi interesează şi peretele toracic.

Hemitoracele bolnav e micşorat de volum. Cordul drept este foarte dilatat din cauza jenei în circulaţia pulmonară şi consecutiv stază în pulmoni. — Dyspneea se măreşte din cauza insuficienţei capacităţei pulmonare şi prin apariţia unei revărsări pleurale, care în unele cazuri rezorbindu-se, dă loc la îngroşare cu formare de aderenţe a foiţelor pleurale.

Aspectul radioscopic e cu totul opus celui din emphysem: Diafragmul şi coastele au o poziţie aproape invariabilă atât în inspiraţie cât şi în expiraţie.

Coastele sunt foarte apropiate şi spaţiile inter-

costale deprimate şi micşorate, iar figurile rombice pe care le formează umbrele arcurilor costale anterioare întretăindu-se cu umbrele arcurilor costale posterioare — sunt micşorate.

Tuberculoza formă canaliculară (a lui Ranke).

A fost descrisă pentru prima oară de către *Ranke* al cărui nume o şi poartă.

Este o formă rară la adult dar frequentă la copii şi în care focarul primar nu se observă totdeauna (Gehrhardt).

La noi în ţară s'a observat mai ales în timpul epidemiei de gripă.

Bernard, Rist şi *Maingot,* o consideră ca o localizare peri-hilară a tuberculozei propagată de la un pulmon la cellalt.

Aici vârfurile şi bazele sunt în majoritatea cazurilor normale, iar leziunile se sistematizează în mijlocul imaginei câmpului pulmonar.

Repartiţia lor se face de-alungul umbrelor broncho-vasculare având ca punct de plecare pedicului pulmonului, iar infecţia se propagă pe cale broncho-limfatică.

La radiografie se observă o grupare peri-hilară de pete mai mult sau mai puţin închise şi mai mult sau mai puţin largi, cu marginile când nete, când estompate. Aceste pete în ansamblul lor, afectează forma unui evantail cu vârful spre hil, format din elemente pathologice a căror suprafaţă variază, — însă fără a trece peste 1—2 cm. p. — Umbrele cele mai aproape de hil sunt cele mai mari ca suprafaţă şi cele mai închise ca coloare, exprimând imaginea hepatizărilor insulare parenchimatoase desvoltate în prejurul arborelui broncho-vascular.

Felul de repartiţie al acestor umbre dau impresia unor *canale care converg spre hil,* de unde şi denumirea de forma canaliculară dată de către Ranke

Tuberculoza vindecată.

Diagnosticul fiind pus, leziunile tuberculoase confirmate, este de un interes capital de a urmări diferitele faze ale evoluţiei maladiei, atât clinicește cât si radiologicește, prin examene repetate pentru a ne puteà da seama dacă e vorba de regres şi cicatrizare sau din contră o extindere a leziunilor.

Jaquerot spune că „ori de câte ori leziunile regresează şi merg spontan spre vindecare, se constată diminuarea progresivă a umbrelor şi petelor care existau la începutul tratamentului când leziunile eraù în plină activitate".

Chiar când focarul de tuberculoză se vindecă complectamente, umbre anormale ne vor indica totdeauna locul fostelor leziuni şi vor continua a perzista pe ecranul fluorescent.

Umbrele anormale din perioada de evoluţie a maladiei se reduc progresiv, zona inflamatorie care înconjura focarul şi-l făcea să pară mai larg şi mai difuz, — dispare. Conturul umbrelor devine mai net şi mai clar, iar umbrele anormale provocate la distanţă de puseul inflamator (de partea ganglionilor bronchici şi peri-bronchici) se atenuiază sau chiar dispar. Umbra hilului devine mai puţin întinsă şi mai omogenă.

Tuberculoza pulmonară vindecată lasă adesea urme mai perceptibile la examenul radiologic de cât prin ascultaţie.

Pe ecran vedem umbre anormale foarte distincte şi bine delimitate, localizate de cele mai multe ori în regiunea vârfului şi la nivelul hilului sau în orice alt punct al câmpurilor pulmonare.

Aceste umbre se prezintă sub formă de pete opace de întindere mică, cu contururi clare şi bine delimitate corespunzând focarelor cicatriciale care au suferit degenerescenţa fibroasă sau calcară. Ceeace

contribue a le face mai aparente, este existența frequentă de zone de emphysem compensator.

Alteori e vorba de obscuritate difuză a unui vârf întreg, corespunzând unei zone de scleroză destul de întinsă; alteori, leziunilor de mai sus se asociază ușoare îngroșări ale interlobilor, micșorare a sinurilor costo-diafragmatice sau o diminuare de amplitudine a mișcărilor respiratorii.

Diagnosticul diferențial.

1). *Cancerul primitiv al pulmonului* se localizează de preferință în lobul superior și mai rar în regiunea hilului, — sau cel puțin atinge hilul pentru a se întinde de acolo în restul câmpului pulmonar.

Umbra anormală este de obicei foarte opacă și e mai omogenă, mai limitată, mai puțin difuză ca în tuberculoza pulmonară. Umbra este limitată chiar prin interlob, este netă, iar dedesubt restul pulmonului este clar. Ganglionii hilului sunt foarte măriți de volum.

In tuberculoza confirmată, vârful opus prezintă totdeauna oarecare anomalie.

2). *Chistul hidatic al pulmonului* prezintă o umbră de opacitate foarte marcată, de formă circulară, bine delimitată, cu cotururi nete.

In majoritatea cazurilor opacitatea umbrei maschează complect umbrele costale. In restul pulmonului lipsă de reacțiune concomitentă.

3). *Abcesul pulmonar.* Când abcesul nu s'a deschis în bronchii, se manifestă prin o pată opacă cu limitată. Alteori umbră difuză și un nivel de lichid evident.

4). *Gangrena pulmonară* arată când e închisă o imagine foarte asemănătoare cu precedenta, însă contururile nu mai sunt atât de clare, ci se estompează mai mult sau mai puțin.

5). *Sifilisul pulmonar.* Umbrele anormale dispar progresiv şi repede sub influenţa tratamentului specific.

6). *Pneumonia cronică.* Umbră perfect de limitată fără pete în restul ambilor pulmoni.

7). *Infarctus pulmonar.* Pată foarte opacă dar cu contururi estompate, de formă variabilă, mai mult sau mai puţin rotunzită, cu sediul în general în jumătatea inferioară a câmpurilor pulmonare.

8). *Dilatarea bronchiilor.* Umbre anormale foarte discrete, care plecând din regiunea hilului merg spre baze. Uşoară obscuritate difuză a bazelor, în câmpul cărora se pot observa pe traectul bronchiilor pete închise sau clare de mărimea unui bob de mazăre sau unei alune; corespunzând unei dilataţiuni moniliforme. Leziunile tuberculoase dau umbre mai intense.

9). *Congestia pulmonară.* Uşoară opacitate a unei porţiuni din câmpul pulmonului, cu contururi estompate şi difuze.

Această diminuare de transparenţă e mai netă în expiraţie, în inspiraţiile profunde putând dispărea complect.

Erori de diagnostic în I-a perioadă

1). Musculatura spatelui din dreptul umărului drept este atât de desvoltată la oamenii musculoşi — în comparaţie cu umărul stâng, încât produce o uşoară obscuritate a vârfului *(Alban Köhler).*

2). Contracţiunea involuntară a musculaturei umărului de o singură parte în timpul radiografiei.

3). Poziţia nesimetrică a bolnavului sau centrarea falsă a tubului.

4). La persoanele corpolente cu toracele turtit în sens vertical (de sus în jos), vârfurile sunt totdeauna mai obscure.

5). O uşoară obscuritate uniformă a vârfului drept este fiziologică *(Williams).*

Sergent, Rist, Holzknecht, sprijinindu-se pe numeroase observaţiuni consideră ambele vârfuri de transparenţă egală în stare normală.

6). După cercetările lui *von Seufferheld,* vârful drept este aşezat pe un plan mai inferior decât cel stâng.

7). Normal, după *Guiloz* şi *Henriot,* amplitutidinea mişcărilor diafragmului, la stânga este ceva mai mare decât la dreapta.

8). Anomalii ale scheletului, malformaţiuni ale claviculei sau omoplatului, scolioza, ganglionii supraclaviculari, hipertrofia puţin aparentă a corpului thytoid, toate acestea produc un defect de ecleraj al vârfului respectiv *(Barjon).*

9). Un tip particular, relativ nu rar: claritatea întregului câmp pulmonar, numai sus la stânga sub umbra claviculei, o umbră laterală circulară sau ovalară cât un bob de fasole (Köhler).

Observaţiuni

Observaţiunea 1

Soldatul E. B. din contingentul 1922 intră în spital la 26 Mai 1922 pentru dureri în piept, tuse şi hemoptysii.

Antecedente heredo-colaterale. Fără importanţă.

Antecedente personale. Neagă orice maladie infecto-contagioasă sau venerică.

Istoricul maladiei. Este bolnav de 3 săptămâni. Boala a debutat prin tuse şi uşoară temperatură. De vre-o 5 zile are dese hemoptizii.

Stare prezentă. De constituţie mijlocie, are tegumentele şi mucoasele palide. Se simte foarte slăbit. N'are poftă de mâncare. Scaunele regulate. Subfebril. Tuşeşte şi expectorează o spută muco-purulentă. Are junghiuri prin ambele hemi-torace.

Reflexele normale.

Pulmonar. Palpaţie. Vibraţiile accentuate la vârful drept.

Percuţie. Sub-matitate în fosa supra-spinoasă dreaptă, şi tonalitatea ridicată în cea stângă.

Ascultaţie. Respiraţia ospră şi sacadată în fosa supra-spinoasă dreaptă şi câteva sub-crepitante. In fosa supra-spinoasă stângă, tusea sbucnitoare, raluri sub-crepitante şi câteva craquemente după tuse.

La 27 Mai 1922 bolnavul are hemoptizie.

Examenul *sputei* pentru Koch:

Buletinul No. 1344 din 2 Iunie 1922 = Absența bacilului Koch.

Buletinul No. 1368 din 3 Iunie 1922 = Absența bacilului Koch.

Buletinul No. 1378 din 5 Iunie 1922 = Nu a expectorat bine.

Buletinu No. 1444 din 8 Iunie 1922 = Absența bacilului Koch.

Examenul *radioscopic* No. 1746 din 31 Mai 1922: „Opacitate de tonalitate medie ușor marmorată la vârful drept".

„Deci probabilitate de leziuni pleuro-pulmonare Koch".

Radiografia: 30 × 40 cu No. 1924 din 11 Iunie 1922:

„Opacitate cu aspect discret marmorat în stânga, „ceva mai intens marmorat în dreapta, ocupând trei- „mea superioară a ambelor câmpuri pleuro-pulmo- „nare. Deci leziuni pleuro-pulmonare Koch bilaterale, „mai accentuate în dreapta".

In cazul de față examenul radioscopic nu revelă nimic în câmpul pleuro-pulmonar drept. Radiografia, însă, arată leziuni în ambele câmpuri pulmonare și ceva mai întinse decât arată examenul fizic.

Diagnosticul maladiei: Tuberculoză pulmonară formă nodulară.

Observațiunea II

Soldatul S. D. din contingentul 1920 intră în spital la 11 Februarie 1922, pentru tuse cu expectorație dureri vagi în fosele supra-spinoase și slăbire.

Antecedente hereditare-colaterale. Nimic important.

Antecedente personale. Malarie și pneumonie în copilărie. Typhus exanthematic și un ulcer veneric pe șanțul balano-prepuțial în timpul războiului în 1917.

Istoricul maladiei. Bolnav de aproape un an, în

urma unei răceli, când a început să tușească — fără să expectoreze la început. Tusea l-a ținut vre-o 2 luni spune bolnavul, în care timp slăbise simțitor. Slăbirea a mers accentuându-se și perdea puterea din ce în ce. La intervale neregulate survenea câte o tracheo-bronchită însoțită de dureri amygdaliene mai ales în deglutiție. In ultimul timp a început să expectoreze mult, să simtă dureri în regiunile supra-spinoase care îl obosesc mult și pierde puterile.

Starea prezentă. De constituție robustă, însă slăbit, masele musculare reduse. Tegumentele normale. Pe șanțul balano-prepuțial prezintă încă urma unei cicatrici consecutivă unui ulcer venteric. Ganglionii inguinali, epitrocleani și retro-cervicali măriți de volum, duri la pipait și mobili sub piele. Ganglionii sub-maxiliari măriți de volum.

Tușește și expectorează o spută muco-purulentă, acuză dureri în regiunea grumajilor și se simte fără puteri. Este afebril. Apetitul diminuat.

Reflexele normale.

Pulmonul. La *palpație* vibrațiile toracice ceva mai accentuate în zona de alarmă dreaptă.

Percuție. Tonalitatea mai ridicată în ambele fose supra-spinoase.

In fosa sub-claviculară dreaptă ușoară sub-matitate.

Ascultație. Respirația aspră și suflantă în ambii pulmoni. Raluri de bronchită diseminate atât în față cât și în spate. Rare craquemente uscate — în tuse în regiunea sub-claviculară dreaptă.

Cordul. Dedublare inconstantă a sgomotului II la pulmonară.

Ficatul normal.

Splina percutabilă pe 2 laturi de deget dar nepalpabilă.

Urina conține un ușor nour de albumină.

Reacția Bordet-Wasserman pozitivă.

Sputa. Examenul sputei pentru bacilul Koch [1]).

Buletinul No. 5699 din 15 Februarie 1922 = Prezența bacilului Koch.

Buletinul No. 5707 din 16 Februarie 1922 = Absența bacilului Koch.

Radioscopia [2]) făcută în ziua de 13 Februarie 1922 a dat rezultatul cu buletinul No. 437: „Ușoară încețoșare uniformă în jumătate superioară a ambilor pulmoni, ceva mai accentuată în dreapta".

Aici, examenul fizic și cu cel radiologic sunt de perfect acord.

Diagnosticul maladiei: Syphilis secundar și tuberloză pulmonară forma nodulară.

Observațiunea III

Elevul de Adm-ție B. C. din contingentul 1918, intră în spitalul militar la 12 Mai 1922 pentru dureri toracice, tuse cu expectorație și temperatură.

Antecedente heredo-colaterale. Nimic de reținut.

Antecedente personale. Uretrită gonococică în 1919. Neagă orice altă maladie infecto-contagioasă. De vre-o doi ani, bronșite repetate.

Istoricul maladiei. Bolnav de o lună jumătate. Maladia a debutat prin dureri musculare generalizate, astenie, cefalalgie, inapetență, febră și transpirații nocturne, — iar mai târziu durerile generale sau amendat perzistând însă în ambele hemitorace. De 2 săptămâni a început să tușească și de câteva zile să și expectoreze.

Starea prezentă. Foarte debil. Tegumentele și mucoasele foarte palide. Fosele supraspinoase și subclaviculare foarte deprimate. Ușor febril, inapeten-

---

1) Analizele de spută pentru Koch s'au făcut în laboratorul de bacteriologie al spitalului militar de sub conducerea d-lui Colonel Dr. Panaitescu.

2) Radioscopiile au fost făcute în laboratorul de radiologie a spitalului militar de sub conducerea d-lui Lt. Colonel Dr. Giurea.

ţa, insomnie, cefalagie, transpiraţii nocturne. Nu prezintă turburări gastro-intestinale.

Reflexele normale.

Pulmonul. La inspecţie prezintă semnul anguloscapular al lui Bacelli de partea dreaptă.

La percuţie: Submatitate în zona de alarmă dreaptă şi regiunea paravertebrală dreaptă.

Palpaţie: Vibraţiile toracice mărite la bârful drept atât în faţă cât şi în spate.

Ascultaţie. Expiraţia aspră şi prelungită în fosa supraspinoasă dreaptă şi tusea răsunătoare.

La stânga murmurul vezicular diminuat.

Cordul, ficatul, splina normale.

Examenul sputei bacilul Koch:

Buletinul No. 963 din 15 Mai 1922 = Absenţa bacilului Koch.

Buletinul No. 1047 din 18 Mai 1922 = Prezenţa a f. rari bacili Koch.

Examenul *radioscopic* cu buletinul No. 1451 din 14 Mai 1922:

„Treimea superioară a câmpului pleuro-pulmonar drept, fin, şi neomogen opacifiat. Obscuritatea a sinusului costo-diafragmatic drept".

Bolnavul iese din spital în ziua de 20 Mai 1922.

In ziua de 24 Mai 1922 intră din nou în spital din cauza unei hemoptizii foarte abundentă.

La examenul pulmonar:

Percuţie. Sub-matitate în zona de alarmă dreaptă şi la baza dreaptă pe vre-o 3 laturi de deget în spate şi pe lături.

Ascultaţie. Respiraţia bronşică în fosa supra-spinoasă dreaptă şi în regiunea para-vertebrală dreaptă. Subcrepitante discrete în regiunea sub.claviculară dreaptă. La baza dreaptă murmurul vezicular diminuat. Sibilante diseminate în pulmonul drept.

Radioscopia cu buletinul No. 1910 din 11 Iunie 1922:

„Opacitate de tonalitate sub-medie cu aspect mar-

„morat discret diseminat în întreg câmpul pleuro-„pulmonar drept, mai accentuat în treimea superioa-„ră, cu mărire și opacifiere apreciabilă a ganglionilor peri-bronchici din dreapta. Deci leziuni pleuro-„pulmonare fine în dreapta cu foarte mare probabilitate Koch".

In cazul de față, radioscopia a revelat înaintea examenului fizic, procesul de extenziune a leziunilor în întreg pulmonul drept.

Diagnosticul maladiei. Tuberculoză pulmonară nodulară (nu mult înaintată).

Observațiunea IV

Soldatul O. I. intră în spital la 11 Aprilie 1922 pentru febră, junghiuri toracice și tuse.

Antecedente heredo-colaterale. Părinții sănătoși, Două surori și un frate de asemenea sănătoși.

Antecedente personale. Până în prezent n'a suferit de nici o maladie. Neagă specificitatea.

Istoricul maladiei. Bolnav numai de 8 zile. Maladia a debutat brusc prin frisoane intense, junghiu în hemitoracele drept și ușoară tuse.

Stare prezentă. Febricitează. De constituție mijlocie însă slăbit. Apetitul diminuat. Funcțiunile digestive normale. Tușește puțin și expectorează o suptă mai mult mucoasă. Transpiră puțin.

Reflexele normale.

Pulmonar. Palpare. Vibrațiile vocale diminuate la baza dreaptă.

Percuție. Sub-matitate la baza pulmonului drept pe un lat de mână.

Ascultație. La unghiul inferior al omoplatului drept respirația suflantă și numeroase crepitante fine. In zona de sub-matitate murmurul vezicular diminuat.

In fosa supra-spinoasă stângă expirația aspră și prelungită și respirația suflantă.

Semnul banului ușor pozitiv.

Cordul. Ritmul puțin accelerat.

Splina percutabilă dar nepalpabilă.

Ficatul normal.

La 19 Aprilie 1922, puncția pleurală pozitivă la baza dreaptă: lichid sero-citrin puțin turbure.

Examenul *radioscopic* No. 1530 din 18 Mai 1922:

„Fină opacitate uniformă, luminându-se în raspi-„rațiile profunde, la vârful stâng, — și hipertrofie „ganglionară peri-bronchică bilaterală accentuată mai „ales în stânga".

Examenul *sputei* pentru Koch:

Buletinul No. 1365 din 3 Iunie 1922 = Absența bacilului Koch.

Buletinul No. 1382 din 5 Iunie 1922 = Absența bacilului Koch.

Buletinul No. 1396 din 6 Iunie 1922 = Absența bacilului Koch.

Radiografia: 30×40 cu No. 1923 din 11 Iunie 1922:

„Opacitate fină uniformă în treimea superioară „a câmpului pleuro-pulmonar stâng și hipertrofie bi-„laterală peri-bronchică mai accentuată în stânga".

Aici, examenul radioscopic nu arată nimic la baza pulmonului drept, ci numai o condensare a parenchimului vârfului stâng.

Revărsarea pleurală fiind foarte mică, lichidul s'a rezorbit spontan.

După aproape o lună de zile, radiografia arată din nou o condensare a parenchimului pulmonar la vârful stâng, ceea ce denotă o infiltrațiune a vârfului pulmonar al cărui proces de extindere a staționat mai mult sau mai puțin.

Prin urmare sunt unele cazuri în care radioscopia și radiografia arată absolut aceleași leziuni.

Diagnosticul maladiei: Modificări respiratorii ale vârfului pulmonar stâng, iar din punct de vedere radiologic o tuberculoză pulmonară nodulară incipientă.

Observaţiunea V

Soldatul R. I. din contingentul 1922 intră în spitalul militar la 28 Martie 1922 pentru tuse, lipsă de puteri, febră şi scaune diareice sanguinolente.

Antecedente heredo-colaterale. O soră care a murit fiind bolnavă de piept, nu ştie anume ce boală, — spune însă că a zăcut la pat câteva luni.

Antecedente personale. Typhus exanthematic în 1917. Nu-şi aminteşte să mai fi suferit de vre-o altă maladie.

Istoricul maladiei. Tuseşte de 2 ani şi se simte foarte slăbit în ultimul timp. In acest interval de 2 ani au survenit multe ameliorări însă trecătoare. De o lună are diaree cu sânge şi transpiraţii nocturne abondente. Nu a avut hemoptizii.

Starea prezentă. Febril. Constituţie debilă. Tegumentele palide, mucoasele foarte decolorate. Masele musculare mult reduse. Pe faţa posterioară a hemitoracelui drept şi pe umărul stâng, pete diseminate iar pe alocurea confluente de pityriasis versicolor. Limba curată. Apetit diminuat, transpiraţii nocturne, scaune diareice amestecate cu sânge câte 6—7 pe zi. Tuseşte şi expectorează o spută muco- purulentă. Uşoară dyspnee.

Pulmonar. La *palpaţie* nimic anormal.

Percuţie: tonalitatea ridicată la ambele vârfuri mai accentuată la stânga de cât la dreapta.

Ascultaţie. Respiraţia aspră în toată întinderea ambilor pulmoni, şi suflantă în fosa sub-claviculară stângă. Tusea răsunătoare la ambele vârfuri.

Cordul: Uşor suflu mezo-sistolic la mitrală care dispare în poziţia în picioare; pulsul puţin accelerat.

Ficatul normal.

Splina percutabilă dar nepalpabilă.

Abdomenul dureros la palpaţie.

Bolnavul are hydrocel drept. Urina nu conţine albumină.

Reflexele normale.

Examenul *radioscopic* cu buletinul No. 688 din 30 Martie 1922:

„Nimic deosebit anormal perceptibil în câmpurile pleuro-pulmonare.

Examenul bolnavului la 19 Aprilie 1922:

Pulmonul. La palpaţie vibraţiile toracice accentuate în ambele fose supra-spinoase.

Percuţie. Matitate în regiunea sub-claviculară stângă. Submatitate în fosele supra-spinoase.

Ascultaţie. Craquemente umede abundente la vârful stâng atât în faţă cât şi în spate. Craquemente seci în fosa supra-spinoasă dreaptă şi regiunea paravertebrală dreaptă.

Radioscopia. Rezultatul cu No. 1002 din 19 Aprilie 1922:

„Ambele câmpuri pleuro-pulmonare fin opacifi-
„ate mai ales în treimea medie stângă, cu mărire şi o-
„pacifiere apreciabilă ganglionară peri-bronşică bi-
„laterală cu ramificaţiuni în evantail, mai accentuate
„la stânga. Deci probabilitate de leziuni gripale cu fenomene peri-bronşice".

Examenul sputei:

Buletinul No. 211 din 10 Aprilie 1922 = Absenţa bacilului Koch.

Buletinul No. 247 din 12 Aprilie 1922 = Absenţa bacilului Koch.

Buletinul No. 270 din 13 Aprilie 1922 = Absenţa bacilului Koch.

Examenul *sputei* făcut de d-l Lt. Colonel Dr. Simici, prin omogenizarea sputei — procedeul cu antiformină, — s'au găsit bacili acido-alcoolo-rezistenţi (26 Aprilie 1922).

La examenul sputei făcut prin acelaşi procedeu la 2 Mai 1922: Se găsesc bacili acido-rezistenţi.

Primul examen radioscopic rămâne în urmă, iar

cel de al doilea, revelă aceleaşi leziuni ca şi examenul fizic, însă localizează maximul de intensitate a leziunilor ceva mai jos.

Diagnosticul maladiei: Tuberculoză pulmonară forma nodulară.

Observaţiunea VI

Soldatul M. I. din contingentul 1921 intră în spital pentru tuse cu expectoraţie, dureri toracice, febră lipsă de puteri, — pe ziua de 1 Martie 1922.

Antecedente heredo-colaterale. Nu prezintă nimic important.

Antecedente personale. Neagă orice maladie infecto-contagioasă sau venerică. Numai rare ori bronchite trecătoare.

Istoricul maladiei. Până acum două luni a fost relativ sănătos, când a răcit într'o noapte fiind de santinelă.

Maladia a debutat prin o tracheo-bronchită şi dureri musculare în tot corpul însoţite de temperatură. De vre-o 15 zile a observat că sputa este striată cu sânge şi foarte aerată, iar de vre-o două zile sputa este muco-purulentă.

Temperatura a dispărut în ultimul timp, apărând numai când se oboseşte prea mult şi mai ales seara când e însoţită uneori de mici frisoane. Transpiră foarte uşor atât ziua cât şi noaptea.

De câtva timp simte junghiuri în ambele hemitorace care durează câteva minute în urma lor perzistând o senzaţie de presiune iutra-toracică.

Starea prezentă. De constituţie debilă, ţesutul grăsos şi muscular redus. Fosele supraspinoase şi regiunile sub-claviculare adânc deprimate. Tegumente şi mucoase foarte palide. Pometele congestionate. Toracele turtit. Foarte slăbit, n'are apetit, nu prezintă turburări gastro-intestinale. Transpiraţii diurne

şi nocturne foarte abondente. Insomnie. Febril, limba saburală. Reflexele normale.

Pulmonul. Uşor dyspneic, are 27 respiraţii pe minut.

La *palpaţie,* vibraţiile toracice accentuate la stânga în fosa supra-spinoasă.

Percuţie. Submatitate în fosa sub-claviculară stângă şi zona de alarmă stângă.

Tonalitatea ridicată la baza stângă în spate.

Ascultaţie. Respiraţia aspră şi suflantă în toată întinderea pulmonului stâng şi în regiunea vârfului drept în faţă şi în spate.

Sub clavicula stângă murmurul vezicular diminuat şi craquemente umede. Raluri ronflante şi sibilante în restul pulmonului stâng.

Cordul. Tachycardie uşoară, 90 pulsaţiuni pe minut.

La orificiul mitral primul sgomot întărit.

Ficatul, splina normale. — Urina nu conţine albumină.

Analiza sputei pentru bacilul Koch:

Buletinul No. 5957 din 4 Martie 1922 = Absenţa bacilului Koch.

Buletinul No. 5968 din 8 Martie 1922 = Absenţa bacilului Koch.

Examenul *radioscopic* cu buletinul No. 651 din 3 Martie 1922:

„Opacitate masivă cu aspect marmorat în mai „mult de treimea superioară a câmpului pleuro-pul„monar stâng. Umbrele hilului mărite".

Examenul radioscopic arată că leziunile sunt cevà mai înaintate de cât s'a găsit la examenul fizic. In dreapta radioscopia nu arată nimic.

Diagnosticul maladiei. Tuberculoză pulmonară nodulară.

Observaţiunea VII

Soldatul S. I. din contingentul 1921 intră în spitalul militar la 27 Ianuarie 1922, pentru lipsă de puteri ,ameţeli, palpitaţii şi tuse.

Antecedente heredo-colaterale. Nimic important.

Antecedente personale. Tuse convulsivă în copilărie. Nu-şi aduce aminte să mai fi suferit de altă maladie. Neagă maladiile venerice. Fumează de mic copil.

Istoricul maladiei. Bolnavul se simte slăbit de vre-o 7 luni, maladia debutând foarte insidios. Nu a dat până acum nici o importanţă, ci numai când a observat că cel mai mic efort îl oboseşte peste măsură şi îi provoacă ameţeli şi palpitaţii s'a decis să intre în spital.

Starea prezentă. De constituţie mijlocie. Pelea acoperită cu acnee mai ales în regiunea spatelui. Mucoasele palide. Sub-febril, limba normală. Apetitul conservat. Transpiraţii nocturne, din care cauză somnul este foarte agitat. Tuşeşte şi expectorează cam 150 gr. în 24 ore ,o spută muco-purulentă. Nu a avut hemoptizii. Oboseşte foarte repede. Scaune normale. Urina diminuată cantitativ, 700—800 gr. în 24 ore; nu conţine albumină.

Reflexele normale.

Pulmonar. Respiraţia: 24 pe minut.

Palpaţie. Vibraţiile toracice mărite în zona de alarmă stângă.

Percuţie. Submatitate la ambele vârfuri în faţă şi în spate şi în zona paravertebrală stângă. Rezistenţă la deget în fosa supraspinoasă stângă.

Ascultaţie. Craquemente seci în fosa supra-claviculară dreaptă. Craquemente umede diseminate în fosa sub-claviculară stângă, în care loc tusea este răsunătoare. Respiraţia aspră în ambii pulmoni.

Cordul. Bătăile cordului surde şi puţin precipitate;

88 pulsaţiuni pe minut. Nimic în restul organelor.

Analiza sputei pentru bacilul Koch:

Buletinul No. 5468 din 30 Ianuarie 1922 = Prezenţa bacilului Koch.

Buletinul No. 5498 din 31 Ianuarie 1922 = Prezenţa bacilului Koch.

Buletinul 5512 din 1 Februarie 1922 = Prezenţa bacilului Koch.

Examenul *radioscopic* No. 266 din 29 Ianuarie 1922, a dat următorul rezultat: „Ambele câmpuri „pleuro-pulmonare opacifiate intens cu aspect „marmorat evident ceva mai accentuat în stânga, „cu reacţie ganglionară medie bilaterală".

Radioscopia arată că leziunile sunt mai întinse şi mai generalizate.

Bolnavul ese din spital la 7 Februarie 1922.

Diagnosticul maladiei: Tuberculoză pulmonară nodulară.

Observaţiunea VIII

Caporalul M. N., contingentul 1920, intră în serviciu la 21 Ianuarie 1922, pentru febră, tuse cu expectoraţie şi dureri toracice.

Antecedente heredo-colaterale. Părinţii trăesc şi sunt sănătoşi. De asemenea fraţii şi o soră. Nu are nici o maladie de pept în familie.

Antecedente personale. Scarlatină în copilărie, typhus exanthematic în 1917 şi paludism în 1919. Neagă maladiile venerice.

Istoricul maladiei actuale. Acum vre-o două luni, bolnavul spune că a avut o gripă care l-a ţinut vre-o 8 zile. La câtva timp după însănătoşire s'a reînbolnăvit fără a se mai restabili până la intrarea în spital. Boala a debutat cu frisoane, cu tuse şi cu junghiuri în hemi-toracele drept. In tot acest timp a expectorat, n'a avut însă nici spută hemoptoică, nici hemoptizii.

Starea prezentă. Bolnavul este foarte debilitat. Febricitează şi transpiră mult. Tegumentele şi mucoasele palide. Prezintă o poly-micro-adenie inguinală bilaterală. Tuşeşte şi expectorează o spută muco-purulentă. Acuză dureri în ambele hemi-torace. Scaunele regulate. Apetitul nul.

Reflexele normale.

Pulmonar. Respiraţia deasă şi superficială: 30 respiraţiuni pe minut.

Palpaţie. Vibraţiile diminuate mai ales la baza stângă în spate.

Percuţie Sub-matitate la vârful stâng în faţă şi în spate. In regiunea sub-claviculară dreaptă tonalitatea ridicată.

Ascultaţie. Respiraţia diminuată în toată întinderea pulmonului stâng şi foarte suflantă sub unghiul inferior al omoplatului corespunzător. Sub-crepitante groase abondente mai ales sub clavicula stângă. Rare raluri de bronşită în pulmonul drept.

Splina percutabilă şi foarte uşor palpabilă.

Ficatul normal.

Cordul. Pulsul frequent: 100 pulsaţiuni.

In ziua de 26 Ianuarie 1922, bolnavul are o hemoptizie abundentă.

Examenul *sputei* pentru Koch:

Buletinul No. 5554 din 4 Februarie 1922 = Prezenţa bacilului Koch.

Buletinul No. 5563 din 6 Februarie 1922 = Prezenţa bacilului Koch.

Buletinul No. 5568 din 6 Februarie 1922 = Prezenţa bacilului Koch.

Examenul *radioscopic* No. 312 din 3 Februarie 1922:

„Intreg câmpul pleuro-pulmonar stâng, sub-mediu „opacifiat cu mici şi neregulate opacităţi rar dise„minate, dar care nu dau aspectul marmorat al tur„berculozei, — precum şi hipertrofie ganglionară „peri-bronşică dreaptă cu ramificaţiuni în evantail

„de aceiași parte. Deci, probabilitatea de leziuni „bronșice și broncho-pneumonice".

Radioscopia arată că leziunile sunt generalizate în întreg câmpul pulmonului stâng. Este în desacord însă, în privința naturei leziunilor.

Bolnavul ese din spital la 17 Februarie 1922.

Diagnosticul maladiei. Tuberculoză pulmonară exudativă (forma broncho-pneumonică).

Observațiunea IX

Invalidul T. O. din contingentul 1917 intră în spital la 28 Martie 1922 pentru dureri toracice, tuse cu expectorație, febră și dyspnee.

Antecedente hereditare-colaterale. Părinții morți încă de când era copil, nu știe din ce cauză.

Antecedente personale. Typhusexantematic în 1917. Neagă orice altă maladie.

Istoricul maladiei. Boala a debutat în 1918, cu tuse, dureri în torace și slăbiciuni, care au durat până în 1920 când bolnavul a început să aibe febră vesperală și transpirații nocturne.

De câtva timp se simte foarte slăbit și obosește foarte ușor.

A avut în câteva rânduri spută hemoptoică.

Stare prezentă. Debil și foarte anemiat. Febricitează. Tegumentele palide. Nu are apetit; limba saburală. Scaunele regulate până acum 7 zile, când au început a fi diareice. Tușește și expectorează o spută muco-purulentă. Are insomnie și asudă f. mult.

Reflexele normale.

Pulmonar. Ritmul respirator accelerat: 30 pulsațiuni pe minut.

Respirația superficială, tip costal superior.

Palpație. Vibrațiile toracice abolite în față sub clavicula stângă și în spate până sub omoplatul stâng.

Percuție. Submatitate în toată întinderea pulmonului stâng și în fosa supra-scapulară dreaptă.

Ascultație. Craquemente umede la ambele vârfuri. In fosa sub-claviculară stângă se aude un suflu cavernos cu garguimente. In dreapta respirația aspră.

Cordul. Vârful bate în spațiul V intercostal. Pulsul 96 pe minut.

Ficatul depășește puțin rebordul falselor coaste. Splina normală.

Examenul sputei pentru bacilul Koch:

Buletinul No. 6363 din 31 Martie 11922 = Prezența a numeroși bacili =och.

Buletinul No. 30 din 1 Aprilie 1922 = Prezența bacilului Koch.

Buletinul No. 42 din 2 Aprilie 1922 = Prezența bacilului Koch.

Examenul *radioscopic* din 30 Martie 1922 cu No. 689.

„Opacitate intensă cu aspect intens masiv în cele „două treimi superioare ale câmpului pleuro-pul-„monar stâng".

Radioscopia în cazul de față n'a putut depista caverna pulmonară arătată de examenul fizic. Probabil că în momentul examenului fiind plină, imaginea sa s'a confundat cu fondul opac înconjurător. La vârful drept nu arată nimic.

Bolnavul ese din spital la 14 Aprilie 1922.

Diagnosticul maladiei: Tuberculoză pulmonară exudativă stângă (forma pneumonică).

Observațiunea X

Soldatul G. T. din contingentul 1921 intră în serviciul nostru pentru tuse cu expectorație și febră, la 18 Ianuarie 1922.

Antecedente hereo-colaterale. Nimic important.

Antecedente personale. Neagă orice maladie infecto-contagioasă sau venerică.

Istoricul maladiei. Bolnav de 20 zile. Maladia a debutat şi evoluat insidios, cu uşoară tuse la început, însoţită mai târziu de febră şi puţină expectoraţie.

Stare prezentă. Bolnavul febricitează; limba typhică. Tegumentele prezintă pe membrele inferioare şi pe abdomen numeroase cicatrici consecutive unei ecthyme scabioasă.

Este foarte debilitat şi n'are apetit. Scaunele regulate. Tuşeşte şi expectorează o spută muco-purulentă.

Reflexele normale.

Pulmonar. 26 respiraţiuni pe minut.

Polpare. Vibraţiile toracice întărite la vârful stâng, dar diminuitate pe toată întinderea pulmonului drept.

Percuţie. Sub-matitate sub clavicula stângă şi la vârful drept şi în spate şi în faţă.

Ascultaţie. Murmurul vezicular diminuat în întreg pulmonul drept şi aproape abolit sub clavicula dreaptă. Sub-crepitante groase în fosa supra-spinoasă stângă şi regiunea axilară.

Sibilante rare în restul pulmonului stâng.

Nimic din partea celorlalte organe.

Examenul *sputei:*

Buletinul No. 5565 din 6 Februarie 1922 = Prezenţa bacilului Koch.

Buletinul No. 5569 din 7 Februarie 1922 = Prezenţa bacilului Koch.

Radioscopia cu buletinul No. 311 din 3 Februarie 1922:

„Opacitate intensă difuză, neregulată, de formă „triunghiulară cu baza la periferia toracelui, în am- „bele câmpuri pleuro-pulmonare, mult mai intensă „în dreapta, corespunzând regiunilor scapulare".

Aici radioscopia localizează şi delimitează focarele în linii mai mult sau mai puţin precise.

Diagnosticul maladiei: Tuberculoză pulmonară exudativă (forma pneumonică).

Observaţiunea XI

Soldatul S. V. din contingentul 1921, intră în spital la 23 Martie 1922 pentru debilitate şi tuse cu expectoraţie abondentă.

Antecedente heredo-colaterale fără importanţă.

Antecedente personale. Bolnavul susţine că n'a avut absolut nici o altă maladie până în prezent.

Istoricul maladiei actuale. Tuşeşte de o lună şi a început să piardă puterile şi să aibe insomnie. In ultimul timpi a început să aibe transpiraţii nocturne şi să expectoreze mai mult. A avut la început spută sanguinolentă.

Starea prezentă. Debil; tegumentele şi mucoasele palide. Are două furnucule pe fesa dreaptă.

Lipsă de apetit şi insomnie. Febricitează. Nu prezintă turburări gastro-intestinale.

Tuşeşte şi expectorează mult.

Reflexele normale.

Pulmonar. Palpare: vibraţiile toracice diminuate la baza dreaptă.

Percuţie. Submatitate în ambele fose supra-spinoase şi în regiunea sub-claviculară dreaptă.

Ascultaţie. Craquemente umede numeroase în zona de alarmă dreaptă şi în regiunea sub-claviculară dreaptă. Respiraţia aspră la vârful stâng în spate.

Nimic anormal în restul organelor.

Examenul sputei:

Buletinul No. 6272 din 26 Martie 1922 = Prezenţa bacilului Koch.

Buletinul No. 6284 din 27 Martie 1922 = Prezenţa bacilului Koch.

Buletinul No. 6292 din 28 Martie 1922 = Prezenţa bacilului Koch.

Examenul *radioscopic* cu buletinul No. 624 din 26 Martie 1922:

„Opacitate de tonalitate medie cu aspect marmorat „și cu prezența unui focar cavernos în treimea supe- „rioară a câmpului pleuro-pulmonar drept".

De astădată radioscopia arată leziunea localizată numai în pulmonul drept și remarcă existența unei caverne pulmonare, ceea ce nu face examenul fizic—;probabil că din cauza profunzimei în care se găsește situată caverna, este inaccesibilă urechei.

Bolnavul ese din spital la 1 Aprilie 1922.

Diagnosticul maladiei: Tuberculoză pulmonară nodulară (mult -naintată).

Concluziuni

1. Radioscopia nu dă rezultate sigure de cât în infiltraţiile care au o extindere şi o condensare apreciabilă.

2. Rezultatul radioscopic trebue complectat şi controlat cu celelalte mijloace de investigaţie şi de diagnostic.

3. Radiografia însă, dă rezultate cât se poate de precise, atunci când celelalte metode nu arată nimic.

4. Röntgen-diagnosticul este cel mai rapid din mijloacele de control întrebuinţate de clinică.

5. Evidenţiază complicaţiunile înaintea celorlalte mijloace de investigaţie.

6. Arată în mod exact topografia şi întinderea leziunilor.

7. Este unul din mijloacele cele mai precise pentru a urmări evoluţia leziunilor.

Văzută şi bună de imprimat

Preşedintele tezei

Profesor Dr. (ss) Theohari A.

Decanul Facultăţei

Profesor Dr. (ss) Ionescu Thoma

Bibliografie

1. Ameuille P. — Les défaillances de l'auscultation pulmonaire (Presse médicale No. 20 — 1922).
2. *Assmann Herbert* — Die Röntgendiagnostik der inneren erkrankungen 1920.
3. *Béclère H.* — Les rayons de Röntgen et le diagnostic de la tuberculose pulmonaire 1889.
4. *Barjon F.* — Radiodiagnostic des affections pleuro-pulmonaires 1916.
5. *Calmette A.* — L'infection bacillaire et la tuberculose chez l'homme et chez les animaux 1920.
6. *Cohn Max* — Die Lungentuberkulose im Röntgenbilde No .2 din 1921.
7. *Japiot-Nogier* — Guide radiologique du praticien 1919.
8. *Jaugéas R.* — Précis de radiodiagnostic 1913.
9. *Kocher L.* — Précis de radiologie medicale 1905.
10. *Köhler Alban* — Limita dintre normal şi începutul alteraţiunilor pathologice în imaginea radiologică 1920.
11. *Letulle et Nattan-Larrier* — Précis d'anatomie pathologique 1912.
12. *Revue de la tuberculose* No. 6—1921.
13. *Revue de la tuberculose* No. 1—1922
14. *Revue de la tuberculose* No. 2—1922
15. *Sergent, Ribadeau-Dumas, Barbonneix.* — Radiologie et radiumthérapie 1921.
16. *Weil Albert* — Eléments de radiologie. Diagnostic et thérapeutique par les rayons X 1920.